

**EJEMPLO DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN
AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN DE LAS FACTURAS Y ARCHIVOS MÉDICOS
ENCUESTA DE REGISTRO DE GASTOS MÉDICOS –
DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS**

A. Nombre del proveedor: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: () - _____
Código del área

B. Estoy participando voluntariamente en la Encuesta de Registro de Gastos Médicos (MEPS), un estudio sobre el uso y los gastos relacionados con los servicios de la salud, que está realizando el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Autorizo y solicito que se provea al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y a sus contratistas la información médica o financiera que necesiten sobre todos los servicios médicos que se me han prestado durante el período entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2010. Este formulario de autorización cubre toda la atención recibida en su institución durante este período, incluyendo tratamientos para la salud mental, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades venéreas, el VIH, o el SIDA. También cubre la atención recibida durante el mismo período de parte de cualquier proveedor médico asociado con su institución o que me dio tratamiento en su institución.

Entiendo que la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés)⁽¹⁾ prohíbe que se divulgue mi información sin mi autorización. Este formulario (o una fotocopia de este formulario) le da mi autorización. He firmado este formulario voluntariamente, entendiéndolo que mi decisión de firmar o no firmar no afectará de ninguna manera mi elegibilidad para cualquier tratamiento, pago, inscripción o beneficio al que tengo derecho.

Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos y sus contratistas usarán esta información para complementar la información que ya he dado para la investigación de MEPS sobre los usos y costos de los servicios de salud. Entiendo también que una vez que se divulgue mi información al estudio, ya no está protegida por la HIPAA, pero que sí está protegida por la Ley del Servicio de Salud Pública⁽²⁾, la cual prohíbe la divulgación de información que me identificaría a mí o a mis proveedores médicos fuera de la agencia patrocinadora y sus contratistas sin mi autorización o la de mis proveedores médicos.

Autorizo que el estudio use la información que he dado durante la encuesta para ayudarlo a identificar mis expedientes. Entiendo también que puedo retirar esta autorización en cualquier momento escribiendo o llamando por teléfono a un representante del estudio, pero que mi anulación no afectará las divulgaciones que dependen de mi autorización que hayan sido hechas por un proveedor. De otro modo, esta autorización vence en 30 meses a partir de la fecha en que se la firmó.

C. 1. Nombre del/de la paciente _____
2. Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
Mes Día Año
3. Otros nombre bajo los cuales pueden estar archivados mis registros _____

D. 4. _____ 5. Fecha en que firmó _____
Firma del/de la paciente – firme si su edad es 14 años o más
SI EL/LA PACIENTE TIENE DE 14 A 17 AÑOS, TANTO EL/LA PACIENTE COMO EL/LA PADRE/MADRE/TUTOR DEBEN FIRMAR Y PONER LA FECHA

E. 6. _____ 7. Fecha en que firmó _____
Firma del padre/madre, tutor, testigo o apoderado
8. _____ 9. Razón por la que firma el padre/madre, tutor, testigo o apoderado:
Relación del firmante con el/la paciente
 Paciente de 13 años o menor Paciente discapacitado
 Paciente de 14 a 17 años Paciente ha fallecido

FIELD USE ONLY: RU ID: _____ PROVID: _____ PID: _____

- (1) Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud: 42 U.S.C. 1320d-2 y 1320d-4 y la regulación de ejecución, 45 CFR 164.508, requieren una autorización detallada para que su proveedor de servicios de salud divulgue información de salud de sus expedientes para propósitos de investigación.
(2) Ley del Servicio de Salud Pública (PHS): Secciones 924(c) y 308(d) [42 U.S.C. 299c-3(c), y 42 U.S.C. 242m(d)] protegen la confidencialidad de información recolectada bajo las autoridades de investigación de la Agencia para la Investigación y Calidad de los Servicios de Salud y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud. La Sección 543 de la Ley PHS [42 U.S.C. 290dd-2.] y las regulaciones en el 42 CFR Part 2, proporcionan restricciones de confidencialidad adicionales para los expedientes de pacientes que abusan del alcohol y drogas. Este proyecto de investigación se llevará a cabo de acuerdo con toda disposición mencionada arriba.

CODE SCAN: Yes No FID